

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

32

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Décembre 1891, à 1 heure

PAR PAUL F. PAULIDES,

Né à Macri (Asie Mineure), le 30 Août 1866

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE L'INFECTION PURULENTE
(Pustules de Colles)

Président : M. JACCOUD, Professeur.

Juges : MM. } LABOULBÈNE, Professeur.

QUINQUAUD et NÉLATON, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1891

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Décembre 1891, à 1 heure

PAR PAUL E. PAULIDES,

Né à Macri (Asie Mineure), le 30 Août 1866

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE L'INFECTION PURULENTE
(Pustules de Colles)

Président : M. JACCOUD, Professeur.

*Juges : MM. } LABOULBÈNE, Professeur.
 } QUINQUAUD et NÉLATON, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1891

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen M.	BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHEL.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		HAILLON.
Pathologie et thérapeutique médicales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....		REGNAULD.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBENE.
		STRAUS.
		SEE (G.).
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LE DENTU.
		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (ALBERT)
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

εὐγνωμοσύνης τόδε τεύμαρτον

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR JACCOUD

Professeur de Clinique médicale

A TOUS MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Pendant notre année d'externat en 1890, nous eûmes l'heureuse chance de pouvoir observer à la Pitié deux cas d'une forme assez rare d'infection purulente, à laquelle M. le professeur Jaccoud a donné le nom de *Maladie de Colles*. Ces faits cliniques intéressants attirèrent vivement notre attention, d'autant plus que notre excellent maître M. Jaccoud, dans le service duquel nous les avons observés, fit là-dessus deux leçons cliniques, grâce auxquelles il nous a été permis de nous rendre compte tout de suite de l'ensemble de la question. Nous résolûmes donc de prendre la *Maladie de Colles* comme sujet de notre thèse inaugurale, bien que nous ne nous fussions point dissimulés les difficultés de notre tâche, parmi lesquelles il faut citer le très petit nombre d'observations. Aussi nos recherches dans les périodiques français et étrangers n'ont guère été fructueuses. Néanmoins, malgré le petit nombre de cas publiés, les problèmes que soulèvent la Maladie de

Colles, commencent en grande partie à être résolus. L'étiologie notamment, a fait, des progrès incontestables; au lieu de se contenter de causes plus ou moins hypothétiques, on sait, à n'en pas douter, que c'est une maladie infectieuse et les recherches de M. Menetrier ont même démontré la nature de l'agent pathogène, qui n'est autre chose que le staphylococcus albus ou aureus et le streptocoque. C'est donc une infection purulente, et dès lors les particularités symptomatiques et le pronostic sont par cela même élucidés, ainsi que le traitement qu'il convient de prescrire. Ici encore la connaissance de l'étiologie véritable a rendu les plus grands services et explique bien des choses, qui, sans elles, seraient restées obscures. Maintenant, quel est le mécanisme de l'infection, voici ce qui n'est pas toujours évident, mais nous croyons que dans les cas embarrassants, la doctrine de l'auto-infection de notre maître M. le professeur Jaccoud est parfaitement capable d'expliquer ces contradictions apparentes.

Qu'il nous soit permis d'exprimer notre profonde gratitude à M. Jaccoud de la bienveillance qu'il nous a toujours montrée et dont il nous a donné un nouveau témoignage en dirigeant cette thèse, dont il a bien voulu accepter la présidence.

Que MM. Duflocq et Menetrier, chefs de clinique, reçoivent nos remerciements, des bons conseils qu'ils ont bien voulu nous donner, ainsi que les amis, qui nous ont facilité la tâche pour la traduction des ouvrages étrangers.

HISTORIQUE

C'est en 1822, que Colles, le premier, a décrit une éruption pustuleuse à la suite de piqûres ou coupures anatomiques. Plus tard, Graves, en 1848, remarqua que les pustules de Colles peuvent apparaître dans un grand nombre de circonstances à la suite de différents traumatismes, mais que, dans d'autres cas, elles peuvent se montrer spontanément sans qu'on puisse en trouver la porte d'entrée; c'est ainsi qu'il les a observés à la suite du typhus fever.

Tout dernièrement enfin, en 1890, notre maître, M. le professeur Jaccoud, a eu l'occasion d'observer deux cas de pustules, l'un se rapportant à la description de Colles, c'est-à-dire après un traumatisme, l'autre à celle de Graves, sans cause apparente. Cette affection paraît être ignorée à l'étranger; toutefois, certains auteurs dermalogistes, Unna en particulier, décrit une variété d'impétigo infectieux, qui se rapproche de la maladie de Colles et dans lequel il a trouvé les microbes de la suppuration. Mais, on nous permettra de ne

pas entrer dans cette voie, attendu que, même parmi les différents dermatologistes règne une confusion telle qu'on n'est pas encore très bien fixé sur la nature de l'impétigo contagieux qu'on rapporte d'ordinaire au triophyton.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Pendant longtemps, l'étiologie des pustules de Colles est restée incertaine. Colles avait très bien vu que ses malades étaient atteints, avant l'éclosion des accidents, d'un traumatisme parfois insignifiant, d'une piqûre anatomique. Graves montra que les solutions de continuité de l'enveloppe cutanée pouvaient manquer dans certains cas, et il insiste sur le fait qui ne nous étonne plus maintenant, que les pustules de Colles survenaient chez certains malades dans le cours de la fièvre typhoïde, par exemple. Il fallait, pour saisir la cause palpable des pustules, les travaux modernes, qui ont si nettement éclairé l'origine de la plupart des maladies infectieuses.

Aujourd'hui, il n'est plus possible de douter que cette maladie est une infection purulente, tantôt en apparence spontanée, tantôt succédant à une lésion traumatique qui peut être fort légère.

Les microbes qui produisent les pustules de Colles, sont ceux que l'on trouve le plus souvent dans la septicémie et l'infection purulente. En effet, M. Ménétrier,

qui s'est livré à d'intéressantes recherches bactériologiques sur les malades, dont nous avons parlé plus haut et que nous avons observées en 1890, a découvert dans le pus des pustules le staphylocoque blanc et doré et le streptocoque pyogène, ainsi que nous l'exposons plus loin dans le chapitre qui a trait aux altérations anatomiques propres à la maladie de Colles. D'ailleurs, la courbe de la température, la marche, le caractère des lésions trouvées à l'autopsie, l'origine souvent traumatique de l'affection, tout vient confirmer l'idée de l'infection septique.

Cependant, il faut avouer que dans quelques cas la porte d'entrée de l'agent pathogène est impossible à retrouver. Faut-il toujours conclure à l'infection? Nous le croyons, et nous pensons que des recherches intéressantes, faites dans ces derniers temps, autorisent à admettre que les surfaces des muqueuses buccale, intestinale et pulmonaire, peuvent, dans certaines circonstances déterminées, permettre l'introduction du microbe dans l'organisme; une éraillure de l'épithélium de la muqueuse de la bouche ou de l'intestin, suffit pour livrer passage à l'agent pathogène. Mais nous ajoutons encore plus d'importance à une théorie brillamment développée par M. Jaccoud et qui nous paraît très vraisemblable, car elle explique parfaitement la pathogénie de certaines maladies infectieuses; c'est le *défait de résistance* de l'organisme. Les microbes, en effet, qui existent normalement ou à titre d'hôte passager dans un point quelconque du corps humain, restent inoffensifs tant que celui-ci leur oppose une

certaine résistance, mais dès que cette dernière vient à diminuer par le fait d'une perturbation quelconque de l'économie, leur action nocive est immédiatement mise en jeu. Cette hypothèse a déjà reçu, du reste, la confirmation des faits; notamment en ce qui concerne la pneumonie.

C'est en 1886, à propos de deux cas de pneumonie résultant d'un refroidissement brusque, que pour la première fois, M. le professeur Jaccoud, se fondant sur les recherches de Fraenkel et Netter, qui ont trouvé le pneumocoque dans la salive normale, a émis une hypothèse sur le rôle que joue le refroidissement dans la pneumonie et la façon dont il faut comprendre le mécanisme de l'infection. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire textuellement ce qu'il dit dans sa leçon clinique (1). « Les microbes ne sont pas venus du dehors, « ils existaient préalablement chez les individus; can- « tonnés dans la salive, ils étaient innocents; la per- « turbation organique résultant du refroidissement les « a rendus diffusibles et nuisibles. » Et plus loin il dit : « J'ai montré, en effet, à propos de l'endocardite infec- « tieuse, que l'infection n'est pas toujours la consé- « quence de l'envahissement de l'organisme par des « microbes étrangers venus du dehors, et à côté de « cette *infection extrinsèque*, il faut admettre une *infec- « tion intrinsèque* par affaiblissement de la résistance

(1) In Clinique de la Pitié, 1886-88, leçons du 22 mai et 9 novembre 1886.

« normale de l'organisme aux microbes qu'il porte en lui. » En 1888, il est revenu une seconde fois sur la même question en apportant de nouveaux cas à l'appui, qui n'ont fait que confirmer sa première manière de voir, c'est-à-dire que, dans ces cas, « il s'agit de *genèse morbide intérieure* ou intrinsèque, et non pas de *genèse extrinsèque* par transmission (1) ».

Le professeur Jaccoud est ainsi conduit à diviser les maladies microbiennes en deux classes : les unes sont toujours extrinsèques, c'est-à-dire que leur microbe n'existe jamais dans l'organisme sain, telles que le charbon, la syphilis, etc. Les autres d'origine intrinsèque, celles dont le microbe préexiste le plus souvent dans l'économie et ne produit ses effets nuisibles qu'à la suite d'une perturbation survenue dans cette dernière, telles sont : la pneumonie, l'endocardite, l'infection purulente, etc.

Enfin, en 1890, à propos de la maladie de Colles, il a de nouveau insisté sur la pathogénie de l'infection dite spontanée et prouvé une fois de plus le bien fondé de sa doctrine. Qu'il nous soit permis de terminer ce chapitre de pathogénie en rapportant les quelques dernières lignes de sa leçon clinique du 10 novembre 1891 ; cela sera, en quelque sorte, notre conclusion.

« A l'occasion de ces deux cas absolument nouveaux, j'ai exposé l'histoire complète de la Maladie de Colles. et j'ai montré comment doit être entendue l'infection

(1) Leçon du 3 mai 1888.

purulente dite spontanée, en présence des notions bactériologiques; tous ces faits ressortissent à l'*infection intrinsèque* ou *auto-infection par microbes préexistants*, dont j'ai cité plus haut d'autres exemples (1) .

(1) *Bulletin Médical*, 11 novembre 1891.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions retrouvées dans ces sortes d'impétigo infectieux ressemblent à celles décrites par Bresadeki et Haight dans les cas d'éruption de même nature. Il y a gonflement des papilles du derme par suite d'un œdème albumineux avec prolifération du rete mucosum dans ses couches profondes ; les cellules s'écartent en certains points refoulées par une sérosité, qui se charge bientôt de globules de pus, probablement les leucocytes y sont amenés par diapédèse avant d'y mourir. Y a-t-il formation de fibres-cellules allongées et entrelacées les unes dans les autres, comme l'a trouvé Bresadecky pour d'autres pustules, c'est ce qu'il est impossible de dire aujourd'hui à cause de manque d'autopsie et d'examen microscopique dirigé dans ce sens. Les vaisseaux de la papille sont élargis et dilatés.

Quel est l'état des nerfs situés dans les couches superficielles du derme ? Il est très possible, qu'ils doivent être altérés aussi, mais cela a peu d'importance, car ici il ne s'agit pas de lésions trophiques, et les altérations

nerveuses sont bien visiblement secondaires. C'est le microbe qui, par sa présence et sa prolifération, constitue l'agent d'irritation et cause tout le mal. Pourquoi s'arrête-t-il là plutôt qu'ailleurs; il y a probablement, pour l'expliquer, des raisons mécaniques, mais qu'il est très difficile de démêler.

Les pustules peuvent être plus ou moins volumineuses, plus ou moins rapprochées; quand elles sont très près les unes des autres, elles semblent pouvoir déterminer un gonflement œdémateux de la peau.

Il est rare que ces pustules se creusent et entament le derme; il y a là une différence essentielle avec l'ecthyma, qui lui, au contraire, se termine d'ordinaire par une véritable ulcération. Voici les lésions essentielles de l'enveloppe cutanée; on voit qu'elles sont peu de chose et que la maladie ne laisse pas de traces permanentes de son passage. Mais il faut dire que la maladie de Colles, lorsqu'elle frappe les viscères et que la septicémie se généralise, a une anatomie pathologique beaucoup plus variée. Aussi, il peut y avoir des collections purulentes plus ou moins limitées dans le tissu cellulaire sous-cutané pouvant parfois dégénérer en un véritable phlegmon diffus. Les articulations sont souvent le siège d'arthrites purulentes plus ou moins graves. Les abcès métastatiques se montrent le plus souvent dans les poumons, dans le foie, chez les sujets qui ont succombé. Enfin, la néphrite infectieuse hémorrhagique peut exister. Ces lésions ne semblent pas, du reste, différentes de celles des autres pyohémies.

Un examen attentif du pus a démontré la présence

du staphylococcus albus et aureus et du streptococcus pyogenes. M. Ménétrier a fait, en outre de cette constatation, des expériences intéressantes sur les souris et toujours l'animal a succombé à une septicémie bien caractérisée. Il a également constaté la présence du pneumocoque dans les crachats d'un malade atteint en même temps de pneumonie (Observation X).

SYMPTOMATOLOGIE

La maladie de Colles a des *débuts variables* ; nous ferons tout d'abord remarquer que cette affection se montre souvent chez les individus débilités, surmenés, comme le terrassier, dont nous rapportons l'Observation, ou affaiblis par la misère. Toutes ces causes, en épuisant l'organisme, le rendent susceptible de se laisser infecter par les innombrables microbes qui l'entourent de tous côtés, soit en dedans, soit en dehors. Chez la plupart des malades, on a noté l'existence d'un traumatisme, telles que : piquûre anatomique (Colles), écorchure par une courroie, inflammation du tissu cellulaire, comme le montrent les observations de Graves. Mais d'autres fois, ainsi que le fait remarquer ce dernier auteur, et ainsi que nous l'avons dit à l'étiologie, la maladie de Colles se produit à la suite d'une fièvre typhoïde (Graves). Enfin, dans un certain nombre de cas, ainsi que l'a fait, du reste, remarquer Graves, il est impossible de retrouver la moindre cause capable d'expliquer l'apparition de cette maladie.

La présence de ces pustules est, en général, le premier symptôme morbide observé. Cependant, le plus souvent,

elles sont précédées par un état général grave d'une durée de 24-48 heures. Les pustules, au lieu de se montrer toujours à la face et sur cuir chevelu, comme l'impétigo contagieux de Tillbury-Fox, apparaissent de préférence à la face palmaire des mains et la plante des pieds. Cependant, elles peuvent apparaître sur tout autre point, qui serait le siège du traumatisme. Ainsi, chez un de nos malades, celui qui a été écorché par une courroie, l'éruption se montra d'abord à l'épaule gauche. Ce qui caractérise cette éruption pustuleuse, c'est qu'elle ne reste pas localisée comme l'ecthyma, mais qu'elle se généralise sur la plus grande partie de l'enveloppe cutanée. Les pustules sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins rapprochées, formant parfois des groupes compactes prenant la forme quelquefois d'un fer à cheval, comme chez le malade que nous avons observé et comme dans celui qui est le sujet de l'Observation de M. Després. La grandeur de ces pustules n'est pas en général très considérable ; chez le malade blessé par la courroie, le volume et l'aspect des pustules ressemblaient absolument à celles de la variole. Ainsi que nous l'avons fait observer dans le chapitre d'anatomie pathologique, il n'y a pas de processus ulcéreux et par conséquent pas de cicatrice permanente.

Ces pustules ne sont pas toujours localisées à la peau : elles peuvent envahir les muqueuses, par exemple, celle de l'œil ; or, quand la conjonctive est envahie, il peut se produire de l'hypopyon et de la fonte de l'œil. Dans un cas de Graves, la muqueuse laryngée était prise dans un degré tel qu'on songea à la possibilité du croup.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX

En même temps que l'éruption, il existe toujours des phénomènes généraux plus ou moins intenses, comme chez le malade, qui a eu la fonte de l'œil, mais chez l'autre blessé par la courroie, ils ont été beaucoup moins intenses. Chez beaucoup de malades, on a noté de la céphalalgie avec perte de l'appétit et insomnie et un malaise général.

La courbe de la température est tout à fait irrégulière et présente ces brusques modifications que l'on voit dans les malades septicémiques ; mais on ne peut pas le poser comme une règle absolue ; ce que l'on peut affirmer, c'est que la température est en grande partie commandée par l'apparition des foyers purulents que nous allons décrire ; d'où des frissons répétés et l'ascension thermique parfois très élevée.

Les foyers purulents peuvent parfois prendre un développement notable et simuler un phlegmon diffus, ainsi que cela s'est produit chez le terrassier. Ils ne diffèrent pas des abcès métastatiques que l'on voit survenir dans les maladies infectieuses d'origine septicémique. Nous

pouvons dire la même chose des arthrites purulentes. Les articulations prises sont parfois assez nombreuses ; dans un cas (Observation XI), les deux genoux étaient très tuméfiés, douloureux et contenaient une certaine quantité de liquide, ainsi que le démontraient les signes physiques ; ces arthrites ont, du reste, guéri facilement. Les néphrites sont assez rares, au moins la néphrite hémorrhagique ; le malade blessé par la courroie présentait un peu d'albumine dans les urines ; cette néphrite, du reste, devait être très insignifiante et n'a pas laissé de traces de son passage.

Ce qu'on a signalé le plus souvent ce sont des lésions frappant à la fois et la plèvre et le poumon, qui ressemblent beaucoup à celle que l'on trouve dans les autres septicémies ; on y constate de la submatité, râles sous-crépitants avec souffle, pouvant atteindre une intensité notable ; la broncho-pneumonie du terrassier en est un bel exemple. *La rate est souvent grosse.*

En résumé, la maladie de Colles est caractérisée par une éruption pustuleuse, qui, dans les cas où il y a un traumatisme, se montre au point blessé et qui se généralise ensuite ; en même temps phénomènes généraux plus ou moins graves, parfois douleurs articulaires et détermination pleuro-pulmonaire avec abcès du tissu cellulaire sous-cutané ; frissons et fièvre avec grandes oscillations.

MARCHE ET DURÉE

La marche est assez variable suivant les cas ; en effet, chez certains malades, l'affection dure peu et est remarquablement bénigne ; chez d'autres, sans être beaucoup plus grave, la guérison est entravée par une série de poussées. D'autre part, au lieu de rester localisé à la peau, le mal peut s'étendre et frapper les viscères, d'où deux formes bien distinctes : la forme bénigne localisée et la forme septicémique généralisée. Cependant il faut bien reconnaître que, sauf un cas de Colles et un autre de Graves, où les pustules non seulement se sont généralisées à l'enveloppe cutanée, mais encore ont frappé certaines muqueuses, par exemple, celle du larynx, la terminaison fatale est exceptionnelle. Mais chez certains individus, le danger que courent les malades est sérieux, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en lisant l'Observation X.

Les complications viscérales, quand elles existent, prolongent naturellement la maladie et lui font subir des phases diverses. Ainsi on peut voir survenir des phénomènes de pleuro-pneumonie plus ou moins alar-

mants, etc. Nous ne saurions oublier non plus, que chez le malade, où il y a la fonte purulente de l'œil, il s'est produit des abcès métastatiques, notamment du côté de la fesse, et l'apparition de ces abcès s'accompagnait d'une recrudescence des phénomènes fébriles.

Quant à la durée, elle est en moyenne de trois à six semaines, mais elle peut exister jusqu'à deux mois (Observation IX).

PRONOSTIC

Quel pronostic doit-on porter ? Il est assez difficile de se prononcer de la même façon pour tous les cas. En effet, on ne peut nier qu'une affection septique, quoique localisée à la peau au début, peut se généraliser et faire courir au malade les plus graves dangers. Ainsi chez l'homme, qui fait l'objet de l'Observation X, à la suite de quelques pustules, il est survenu des phénomènes généraux et une fonte purulente de l'œil ; chez l'autre, au contraire (Observation XI), il n'y a eu que des accidents cutanés pendant tout le cours de la maladie ; dans d'autres cas, les pustules s'accompagnent d'athropathies multiples, ou se généralisent pour aller constituer des foyers purulents dans les différents organes et amener la mort.

Cependant, il faut avouer que la mortalité n'est pas très grande, et cela résulte très souvent de ce que la plupart des viscères sont respectés.

D'autre part, même lorsque la maladie semble se généraliser, il ne faut pas désespérer d'une terminaison heureuse, ainsi que le prouvent plusieurs de nos

Observations. Dans ces cas, il vaut mieux rester dans le doute, et ne pas condamner trop vite le malade.

Il semble que la résistance de celui-ci doit être prise en sérieuse considération, de telle sorte, que les sujets vigoureux ont beaucoup plus de chance d'échapper indemnes, que les individus profondément affaiblis par les privations, les excès ou de longues maladies antérieures. Cela n'a pas lieu d'étonner, car on constate la même chose pour bien d'autres variétés septicémiques, que celles-ci soient spontanées ou qu'elles soient déterminées expérimentalement chez les animaux, peut-être aussi le pronostic change-t-il suivant que la cause de la maladie est le streptocoque ou le staphylocoque.

DIAGNOSTIC

On pourrait confondre la maladie de Colles avec *l'impétigo contagiosa*. Celui-ci est dû à un parasite qui paraît être le trichophyton tonsurans, bien que Bousquet, l'élève de Dubreuilh, ait retrouvé le plus souvent les divers microbes de la septicémie, mais peut-être cet observateur n'avait pas vu des cas véritables d'impétigo contagieux, mais bien d'autres dermatites infectieuses. En tous cas, Tilbury Fox et Taylor, de New-York, décrivent cette affection comme se montrant surtout chez les enfants, et s'accompagnant de phénomènes généraux graves, tout au plus d'une fièvre légère et débutant en général par la tête, principalement par la face, pour se généraliser au tronc et aux membres; les pustules acquièrent un volume, qui peut dépasser celui d'un schilling. Mais, comme le remarque Dubreuilh, cette affection est encore fort mal connue et nécessite des recherches ultérieures. Ainsi, plusieurs auteurs Allemands ont cité des cas d'impétigo contagieux où il se produisit au cours de l'affection des néphrites aiguës hémorrhagiques.

Il est vrai que ces cas cadrent mieux avec la maladie de Colles, qu'avec celle décrite par Fox. L'impétigo contagieux, comme celui que nous étudions maintenant, frappe assez souvent les yeux, et Fox remarque même qu'il peut y avoir ulcération de la cornée et collection purulente dans la chambre antérieure, mais il dit que cette ophthalmie n'est que peu de chose et que tout rentre bientôt dans l'ordre. Nous avons vu que chez le malade de l'Observation X de notre thèse, il n'en a pas été ainsi et qu'il y a eu fonte de l'œil.

Il est difficile de confondre la maladie de Colles avec l'*ecthyma simple*, qui survient chez des sujets cachectiques; il prend tout de suite un mauvais aspect, la pustule n'est presque rien et passe rapidement, mais il reste une ulcération profonde, difficile à guérir, et que recouvrent des croûtes noirâtres. D'ailleurs, l'*ecthyma* n'a point du tout d'étendue; il ne se généralise pas, mais se cantonne.

L'*ecthyma* syphilitique se localise aussi; en outre, les antécédents, l'auréole cuivrée, les croûtes verdâtres et les lésions concomitantes éclairent bientôt le diagnostic.

Les éruptions pustuleuses de la syphilis sont rares. En général, il ne s'agit que d'une simple éruption papuleuse modifiée, et çà et là on rencontre des papules normales; d'ailleurs, la couleur, les accidents secondaires montrent bientôt qu'il s'agit de la vérole.

Lorsque la maladie de Colles s'accompagne comme le farcin, d'abcès multiples, le diagnostic peut offrir certaines difficultés. Le farcin aigu est très rare; l'éruption est polymorphe, il y a non seulement des pustules,

mais des plaques gangréneuses, qui laissent à leur place des ulcérations d'où s'écoule un liquide sanieux. Le farcin chronique est plus fréquent, mais ici les boutons, en s'ouvrant au dehors, constituent, comme dans la forme aiguë, des ulcères, d'où partent des traînées lymphangitiques (cordes farcineuses), qui aboutissent aux ganglions tuméfiés; les viscères sont indemnes, du moins au début, car, au bout d'un temps variable, la localisation naso-pulmonaire lève tous les doutes; enfin l'inoculation du pus dans le péritoine d'un cobaye mâle donne, vers le troisième jour, un sarcocèle caractéristique (Straus).

Le rhumatisme articulaire aigu peut simuler la maladie de Colles, ainsi qu'on a pu le voir dans la symptomatologie; les arthrites sont, en effet, des complications fréquentes dans l'infection purulente; mais un examen attentif des manifestations articulaires démontre bientôt qu'on a affaire à un rhumatisme secondaire, infectieux, tel qu'on le voit dans la fièvre puerpérale, l'endocardite, la scarlatine, etc.; l'affection articulaire est moins mobile et moins généralisée; les complications du côté de l'endocarde y sont rares, nous n'en avons pas eu d'exemple dans nos Observations.

Enfin les pustules de Colles peuvent parfois simuler la variole; mais, outre qu'elles ne présentent pas d'ombilication, elles sont d'emblée purulentes, ou elles passent rapidement à la suppuration; il n'y a pas non plus de rachialgie, ni vomissements. L'éruption variolique débute par le visage, tandis que les pustules de Colles sont subordonnées à la région, qui a été le siège d'un traumatisme.

TRAITEMENT

Il doit être tout d'abord prophylactique, dans le cas où il y a un traumatisme, sur lequel on fera un pansement antiseptique. Mais quel est le traitement qu'il faut faire lorsqu'on se trouve en présence de la maladie de Colles, une fois déclaré ? Comme on n'a pas encore trouvé le spécifique de cette affection, le médecin en est réduit à une médication expectante et à combattre les complications qui se présentent. Ce qu'il faut, c'est relever l'état général par tous les moyens possibles, car, il ne faut pas oublier que nous avons affaire à une affection septique, qui épuise profondément l'organisme. Les alcooliques remplissent en grande partie cette indication; on pourra s'adresser tantôt à la potion de Todd, tantôt au rhum ou même au vin d'Espagne, par exemple le malaga. L'extrait mou de quinquina associé ou non à celui-ci, rend aussi des services. Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est d'alimenter le malade avec des mets très nourrissants et d'une digestion facile, tels que : œufs, jus de viande, etc.

Le sulfate de quinine est à la fois un bon tonique et

un excellent antifièvre. Il ne faut pas oublier que ce médicament a donné de bons résultats dans d'autres septicémies, notamment dans la fièvre puerpérale. Notre maître, M. le professeur Jaccoud, prescrit l'acide salicylique à la dose de 1-2 gr., qui est en même temps antiseptique et antifièvre; pas de bourdonnement d'oreille et de vertige après son absorption.

Le traitement des complications n'offre rien de bien spécial; on combattra, par exemple, les néphrites par le régime lacté, etc. Comme traitement local, il n'y a pas grand'chose à faire; on pourrait appliquer dessus des compresses imbibées de solution faible d'acide phénique, dans les endroits où elles sont les plus nombreuses, mais le plus souvent il est loisible de s'abstenir.

OBSERVATIONS

C'est dans Dublin hospital reports and communications in medicine and Surgery, 3^e vol., année 1822, 11^e partie, p. 203, que Colles fit paraître son intéressant travail, dont voici le titre exact : « A fatal consequences resulting from slight wounds received in dissection by Colles ».

OBSERVATION I.

Au mois de décembre 1818, un de mes élèves, M. Hutchinson, d'une constitution délicate, se coupe légèrement la première phalange du pouce de la main droite, en ouvrant le cadavre, mort de diphtérie laryngée, à l'hôpital Hencous.

Le larynx était rempli de matière ambrée liquide, si fréquente dans cette affection. La coupure était très petite et très peu profonde, de telle sorte qu'elle passa presque inaperçue. Le soir, se sentant mal à l'aise, il se couche plus tôt que d'habitude. Le lendemain matin, céphalalgie, nausée et douleur assez vive dans le bras droit piqué. Voyant que ces symptômes morbides ne font que s'accroître, il prend un émétique suivi bientôt d'un purgatif. Le

deuxième jour, la douleur, dans le bras droit, est très augmentée et fort vive ; pas de modifications de la peau, mais les tissus sont un peu gonflés ; articulation du coude intacte et pas de lymphangite ni d'adénite axillaire, mais la souffrance est telle que le moindre contact devient intolérable. La coupure ne paraît pas envenimée mais on y remarque une grosse pustule. La situation resta sans changement pendant deux ou trois jours ; le malade se plaignant de plus en plus de son bras, les fomentations locales de fortes doses d'opium n'amènent pas le plus petit soulagement ; peu à peu, cependant, la douleur s'atténua, mais sans rémission correspondante de la fièvre. Au bout de trois jours, sensation de brûlure sur le côté droit du thorax, qui est d'une rougeur érysipélateuse ; elle s'étend de l'aisselle à la crête iliaque ; pas de gonflement phlegmoneux appréciable : tout se borne à l'enveloppe cutanée ; çà et là, de nombreuses vésicules, bientôt pustuleuses et très fermes. La fièvre continue ; on recourt toujours, pour soutenir les forces épuisées du malade, à de larges doses de vin. Le 15 décembre, on incise la région malade, mais il ne s'écoule que du sang et pas le moindre pus ni même la moindre sérosité ; bientôt, la peau desquama. Les phénomènes généraux s'améliorèrent notablement, mais, trois semaines après le début de l'affection, empâtement le long du bord externe du triceps, puis induratur du pectoral avec formation consécutive d'un abcès ; guérison de ces abcès le 14 février. La santé est beaucoup meilleure et la guérison ne tarde pas à s'effectuer.

Dès le début du mal, le système nerveux fut profondément abattu et il y eut fréquemment du délire. Pouls : 120 et même 130. Les fonctions digestives, d'abord très troublées, se remirent ensuite pour subir une rechute alarmante, en janvier ; cela est dû, peut-être, aux larges doses d'opium qu'on a été forcé d'employer.

OBSERVATION II.

Le 18 février 1819, Dease, le professeur d'anatomie au Collège Royal des chirurgiens de Dublin, dissèque le plexus brachial d'une femme de 40 ans, qui avait succombé à une tuberculose pulmonaire. Son préparateur, le Dr Schekelton, me montre que le péricarde contenait un liquide brunâtre. Le lendemain, Dease se réveille fort souffrant ; frissonnements violents, nausées, il vomit ce qu'il mange, et ressent une violente douleur dans le bras gauche. Il me fait appeler pour le soigner, ce que je refuse de faire, croyant que le malaise provenait plus de l'impatience du malade que d'autre chose. Le soir, le voyant atteint d'une fièvre grave, je me décide à pratiquer la phlébotomie ; il s'écoule du sang peu couenneux ; je sentis un peu d'empâtement dans le bras et dans le triangle sus-claviculaire, entre le sterno-mastoïdien et le trapèze ; le moindre attouchement était excessivement douloureux.

Le 15, au matin je le trouve dans le même état, il n'a point dormi de toute la nuit. Il s'est mis plus de cent sangsues sur le bras ; purgatif à la scammonée, qui est rejeté presque aussitôt, et liniment opiacé *loco dolenti* ; constipation.

Le 16, le malade a eu quelques selles ; même état général. Le soir, je découvre, sur la moitié gauche de son thorax, une rougeur diffuse qui me rappela le cas d'Hutchinson ; je trouvai, sur le dos du pouce, au niveau de la deuxième phalange, une petite écorchure qui lui avait passé inaperçue, car, jusqu'ici, il avait nié avec beaucoup d'énergie, la possibilité d'une piqûre anatomique ; cette petite plaie était le siège d'une grosse pustule.

Le 19, l'état général était amélioré ; il pouvait maintenant se remuer dans son lit. Je découvre, sur l'avant-bras, une autre pustule ; diaphorétiques, carbonate d'ammoniaque, comme auparavant.

Le 20 février 1819, délire, gonflement de la peau des parties rouges qui sont couvertes de petites pustules résistantes.

Le 21, même état ; on sent de l'empâtement dans son bras droit, au niveau des muscles fléchisseurs. Mort à cinq heures du soir.

Dans les réflexions, qui suivent ces deux cas intéressants, Colles attire l'attention sur le caractère violent de la douleur, sur le gonflement des tissus et l'intégrité apparente de la plaie, cause de tout le mal et sur l'apparition de pustules à contenu laiteux. Il insiste ensuite sur les grands dangers que font courir les piqûres anatomiques.

OBSERVATION III.

(In Clinique Méd. Graves, traduc. Jaccoud).

Une femme entra à l'hôpital pour un phlegmon diffus, dont elle avait été atteinte après avoir reçu un coup de pied de cheval sur la poitrine. Au bout de quelques jours, les pustules de Colles apparaissaient sur différents points du corps, et la malade mourait bientôt avec les symptômes du croup. L'autopsie a montré que ces derniers accidents dépendaient d'une éruption vésiculeuse qui recouvrait la muqueuse du larynx et celle de la trachée ; ces vésicules étaient remplies de sérosité opaque.

OBSERVATION IV (*Graves*).

Au printemps de 1848, j'ai été mandé, au nord de l'Islande, auprès d'un malade dont l'histoire est une éloquente démonstration de toutes les remarques que je viens de vous présenter.

C'était un gentleman, d'une ample complexion et qui avait l'habitude de bien vivre ; il jouissait néanmoins, habituellement, d'une bonne santé et il était arrivé à la période moyenne de la vie. Au mois de février, une éruption d'herpès zoster était apparue sur la poitrine, au niveau de la région cardiaque. On avait fait un traite-

ment antiphlogistique. et, entre autres remèdes, on avait prescrit un bain chaud qui avait amené des défaillances, des irrégularités dans le pouls et une vive douleur au cœur. Un large vésicatoire fut alors appliqué sur la région précordiale ; *la surface, mise à nu, fut prise de gangrène et l'on eut beaucoup de peine à en amener la cicatrisation.*

C'est au mois de mai que je fus appelé auprès de ce malade. Il éprouvait dans la poitrine une douleur aiguë ; les téguments, à ce niveau, lui paraissaient avoir une vive sensibilité. mais, en réalité, il y avait une anesthésie si marquée qu'il ne sentait pas le pansement d'un cautère qui avait été placé sur le point douloureux. Cet homme se plaignait également de douleurs névralgiques très violentes qui traversaient la poitrine, lorsqu'il essayait de se coucher sur le côté gauche. Les pustules de Colles avaient paru sur différents points de l'enveloppe cutanée ; à la suite, étaient survenues des poussées de furoncle et d'anthrax. Ces divers accidents durèrent pendant quatre mois, après la formation des eschares qu'avaient causées le vésicatoire ; pendant ce laps de temps, l'herpès reparut plusieurs fois dans son siège primitif. Tout dernièrement, j'ai revu le malade, son état est beaucoup plus satisfaisant, mais il éprouve encore, par intervalle, des palpitations et des lipothymies ; l'anesthésie persiste.

OBSERVATION V (*Graves*).

Un mousse français était entré à l'hôpital de sir Patrick Dun pour une fièvre, des plus graves, qui présentait tous les caractères du typhus, à l'exception de l'exanthème. L'accélération du pouls n'était pas très considérable, mais le malade était extrêmement faible ; il était agité, il ne dormait pas ; il se plaignait d'une douleur vive qui occupait tout le côté droit du cou, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au moignon de l'épaule. Toute cette région était sensible ; elle présentait une tuméfaction et un empâtement diffus avec une

légère rougeur au centre. Une ou deux des glandes axillaires étaient enflammées et douloureuses ; et le côté droit de la poitrine, qui n'offrait cependant ni gonflement ni rougeur, était très sensible à la pression. En examinant la surface cutanée, je trouvai deux vésicules, de la grandeur d'un shilling, sur les doigts de la main droite ; l'une d'elles entourait une petite plaie, superficielle, située au niveau de l'une des articulations du médus.

Au début, l'inflammation diffuse du cou n'était pas accompagnée d'une fièvre très intense, mais, au bout de quelques jours, on vit apparaître la fièvre de suppuration et un gonflement circonscrit devient manifeste au centre des parties enflammées. M. Houston ouvrit cet abcès et il en sortit une grande quantité de pus. Après cette évacuation, l'état général du malade a semblé s'améliorer ; cette angoisse profonde, que déterminait le phlegmon du cou, avait disparu ; les douleurs étaient calmées, et, quoique l'ouverture de l'abcès donnât toujours issue à un écoulement purulent très abondant, nous pensions toucher à la convalescence, lorsque tout à coup le garçon a été pris d'une hecticque aiguë avec émanation rapide et prostration considérable ; en même temps, la respiration est devenue brève, le malade s'est mis à tousser et l'on a découvert un crépitus humide au sommet droit, précisément au-dessous de l'abcès qui avait été ouvert. C'était là une complication extrêmement grave, car l'état d'épuisement du malade ne nous permettait guère d'espérer la guérison de sa pneumonie. Pendant quelques jours, l'état du pauvre garçon empirait incessamment ; mais voilà que l'abcès du cou se ferme et se cicatrise, et, à ce moment même, la pneumonie s'éteint aussi subitement qu'elle est apparue. La fièvre cesse et le malade est désormais à l'abri du danger.

OBSERVATION VI (*Graves*).

Un vieillard était entré dans le service de clinique de l'hôpital de sir Patrick Dun, pour une douleur dans le genou. On lui appliqua,

au niveau de l'articulation, un moxa, qui devient le point de départ d'un érysipèle gangréneux du genou et de la cuisse. Au bout de quelques jours, des plaques d'inflammation diffuse apparurent sur la main et sur d'autres parties du corps ; quelques-uns de ces foyers aboutirent à la gangrène, d'autres à la suppuration ; en même temps, plusieurs vésicules de Colles s'étaient développées sur le tronc.

OBSERVATION VII (*Graves*).

Un homme, jeune et robuste, qui avait été soigné pour une pneumonie et chez lequel la plaie veineuse avait déterminé un phlegmon de mauvaise nature au pli du coude, entré dans mon service. Chez lui aussi nous avons vu survenir l'éruption de Colles.

Graves, après avoir exposé ces faits, fait remarquer, que les vésicules ou pustules se montrent dans un grand nombre d'affections différentes, qui n'ont qu'un seul caractère commun : le développement d'une éruption cutanée sous l'influence d'un poison morbide né dans l'organisme ou venu du dehors coïncidant avec un état général, qui exige impérieusement l'usage du vin, de l'opium et du sulfate de quinine.

OBSERVATION VIII (*Résumée*).

In thèse Pradel. Paris, 1891. Pyæmia, with, singular eruptive symptoms (Under the care of Dr. Antie), Lancet, Lond., 1870, t. I, p. 117.

Emma W..., 30 ans, grande et forte fille, domestique, entre à

l'hôpital le 10 septembre, se plaignant de douleurs articulaires. Elle dit qu'elle a des « rhumatismes » depuis plusieurs jours. Temp. s. 101°, Fahrenheit (40°) ; œil gauche fortement ecchymosé.

On pense d'abord à un rhumatisme et on la traite en conséquence, par le lait, le bouillon et l'extrait de viande ; on lui donne, toutes les heures, 10 grains (60 centigr.) d'azotate de potasse avec 30 grains de carbonate de potasse et 10 grains de poudre de Dower. Elle dort bien la nuit.

Le lendemain matin, même état qu'auparavant.

12 septembre. Etat un peu empiré. Temp. 101° ; quelques taches rouges sur la main droite et la joue.

13 septembre. Toute la face et le tronc sont couverts de pustules, à différents degrés de développement. La malade dort mal la nuit et a des frissons répétés. Temp. 104° ; elle répand une odeur fade ; langue sale, blanchâtre. Les articulations sont sensibles à la pression ; genou gauche très gonflé. Au dos de la main droite, rougeur inflammatoire, rougeur analogue à la malléole gauche ; selles très fétides. En présence de ces phénomènes, on ordonne huit onces de xérès, par jour, et deux grains de quinine toutes les quatre heures ; pas d'amélioration.

La malade est prise d'un violent délire ; selles liquides, très abondantes et d'une mauvaise odeur.

14 septembre. Les pustules sont encore très nombreuses ; la langue est sèche et brune, les lèvres et les dents couvertes de rugosités.

Mort à 5 heures de l'après-midi.

Autopsie. — Cœur normal ; dans les deux poumons, à la base, on trouve des foyers purulents ; reins gros et congestionnés ; rate petite et congestionnée. Le genou gauche renferme une grande quantité de pus, peu épais et jaunâtre ; une incision, pratiquée au dos de la main droite, donne également beaucoup de pus.

OBSERVATION IX.

*Després. — Bulletins-mémoires de la Société de Chirurgie.
Paris, 1888.*

Infection purulente sans plaie, forme éruptive.

Le nommé Louis D..., âgé de 26 ans, garçon d'hôtel, est entré à la Charité le 22 septembre 1887. Aucun antécédent, ni rhumatisme, ni accidents paludéens, il accuse seulement quelques marches forcées dans ces derniers temps. Des traînées rouges d'angioleucite se dessinent sur la jambe gauche jusqu'à l'aîne, et la région du cou-de-pied est chaude, rouge et douloureuse. Cependant, pas trace d'écorchure étendue au pied. Il y a menace d'abcès au niveau de la malléole externe et un peu de liquide dans les gaines des péroniers.

L'application de compresses de fleurs de sureau et plus tard une compression ouatée font disparaître tous les phénomènes inflammatoires. Un peu de douleur seulement à la pression persiste au niveau de la gaine des péroniers.

Le 5 octobre, le malade a des frissons d'un quart d'heure, puis le soir même apparaît une éruption très discrète de papules érythémateuses localisées surtout au niveau des genoux, des poignets et quelques papules disséminées au tronc. Le malade n'a pas eu de vomissement, pas de rachialgie; rien dans les symptômes généraux ne peut faire regarder cette éruption comme varioloïde, bien que sa forme s'en rapproche beaucoup. La température le 7 au soir, s'élève à 39°.

Le 8, l'éruption est plus marquée sur le genou gauche; quelques boutons au front; au genou, elle forme pour ainsi dire un fer à cheval autour de la rotule, ne descend pas sur la jambe, mais remonte très discrètement sur la cuisse. Quelques papules sont très près les unes des autres, mais la plupart sont très espacées. Au

poignet elles forment bourrelet; on en observe quelques-unes au coude. Cette éruption n'est nullement douloureuse.

Pas de frisson dans la journée.

Le 10, au soir, frisson avec température 41° .

Le 11, nouvelle poussée; l'éruption, qui commençait à pâlir, a repris sa couleur primitive. Examinée avec soin, on observe une très petite vésicule au centre de certaines papules.

A partir de ce jour la température offre une série de grandes oscillations, dont les deux températures sont séparées par un intervalle, qui, à certains jours, a atteint jusqu'à 3° .

La santé du malade s'est conservée assez bonne, à part qu'il maigrissait; l'appétit a persisté, et les jours où le malade était apyrétique, il mangeait et il n'accusait qu'un sentiment de faiblesse générale.

Traitement. — Sulfate de quinine et macération de quinquina.

Le 22, le malade eut quelques frissons.

Le 24, courbature générale, douleurs vagues locales au niveau des bras.

Le 26, quelques frissons, troisième éruption aux genoux et à l'avant-bras. On observe nettement quelques petites pustules. Temp. du soir, $40^{\circ}6$.

Le 28, autre poussée éruptive, quatrième éruption, cette fois exclusive sur les membres inférieurs.

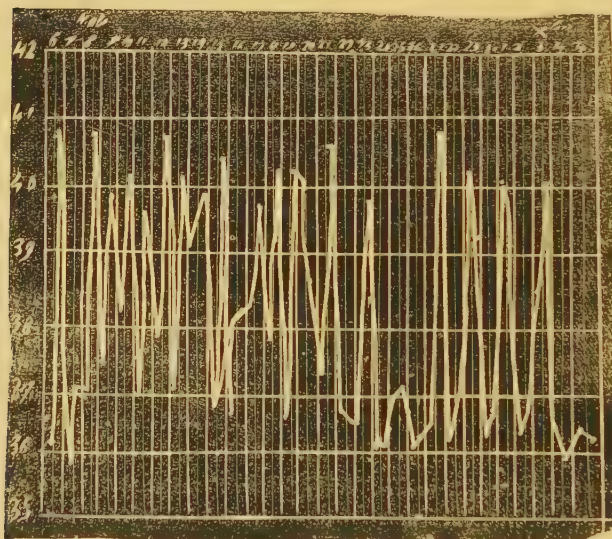
Le 30, quelques taches se rapprochent beaucoup comme aspect, des taches lenticulaires. Le matin, 41° .

Le 4 novembre. Sensation de froid pendant l'après-midi. Temp. du soir, $40^{\circ}5$.

Les éruptions deviennent de plus en plus rares; les élévations de température tendent à s'espacer, nous voyons trois ou quatre températures basses se succéder, puis une température très élevée, mais la courbe redescend presque de suite à 37° et même à 36° .

Le 1^{er} décembre eut lieu la cinquième et dernière éruption.

Le 7 décembre, il ne reste plus aucune trace d'éruption. La température s'élève une dernière fois à $39^{\circ}7$ le 10 décembre, et à $38^{\circ}2$ le 14; puis le plateau redevient normal; le malade reprend peu à peu ses forces et sort du service le 31 décembre 1887.



Le 26 mars, on constate une diminution du murmure vésiculaire et quelques soupçons de râles sous-crépitaux; expectoration visqueuse; le malade a un peu maigri.

Le 27, tous ces phénomènes augmentent et l'on constate tous les signes d'une broncho-pneumonie, submatité, râles sous-crépitaux, respiration soufflante; les crachats sont muco-purulents: les pustules des mains et des pieds entrent en suppuration. Temp. matin, 38°3. Traitement: acide salicylique, 2 gr. en 4 doses prises à des intervalles égaux; cordial avec rhum 60 gr.; acétate d'ammoniaque, 3 gr.; vin q.q. 120 gr. Comme la constipation persiste, un lavement purgatif est administré avec 60 gr. de miel mercurial.

28. L'œil droit est rouge, gros; M. Beurnier, chef de clinique de M. Lefort, constate un abcès de la chambre antérieure; vésicatoire derrière l'oreille droite. La rate est grosse. Temp. matin, 38°5; soir 39°1.

29. Même état dans le poumon, l'œil est plus rouge et tuméfié.

30. Incision et extraction par la curette du cristallin et du corps vitré.

31. Le malade souffre moins de son œil droit; les pustules des membres sont en voie de guérison.

1^{er} avril. Les râles ont diminué dans le poumon, même traitement avec 80 gr. de rhum. Un foyer purulent apparaît entre les deux premiers orteils du pied droit; il est ouvert et pansé.

3 avril. Nouvel abcès à la fesse droite, pansement après incision; le malade accuse une douleur au niveau de la rate.

9 avril. Autre abcès à la partie moyenne et postérieure de la cuisse droite; il est ouvert et pansé; les abcès des mains et des pieds ont guéri; acide salicylique 1 gr. en 4 fois.

10 avril. A partir de ce jour, la broncho-pneumonie et l'œil marchaient à la guérison, qui toutefois était très lente, puisque le malade, jusqu'au 26 avril, était dans un état sérieux.

19. Suppression de l'acide salicylique. Les plaies de la fesse et de la cuisse sont en voie de guérison. Le globe oculaire droit est représenté par un moignon.

25. L'amélioration continue.

5 mai. Le malade est complètement guéri.

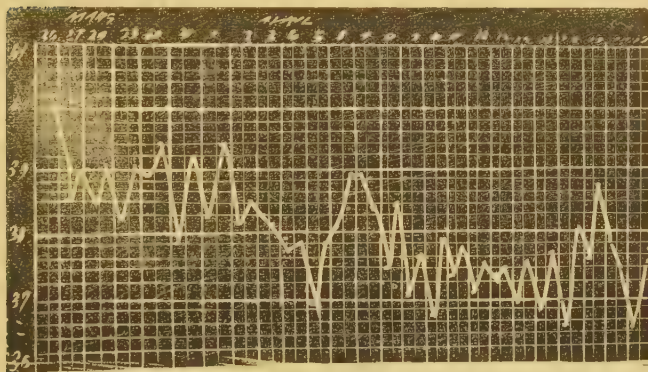
Examen bactériologique fait par M. Menetrier.

Le pus des collections purulentes du pied examiné au microscope renferme des chaînettes de streptocoques en grand nombre. Les cultures fournissent également des colonies de streptocoques d'une manière exclusive.

Une souris inoculée par injection sous-cutanée meurt d'infection streptococcique franche; son sang, examiné, fournit de nouvelles cultures de streptocoques.

Le pus du phlegmon de l'œil et de l'abcès de la fesse semblablement examiné renferme également le streptocoque à l'état de pureté et qui a été cultivé.

Les crachats, d'aspect muco-purulent, renferment à l'examen microscopique de nombreux pneumocoques. Des cultures caractéristiques en ont été obtenues. Une souris, inoculée avec ces crachats, est morte d'infection pneumococcique. Son sang, mis en culture a fourni des colonies de pneumocoque bien caractéristique.





OBSERVATION XI (de M. Jaccoud).

Le nommé Naudin F..., âgé de 22 ans, est employé dans une raffinerie de sucre. Père et mère, ainsi que les collatéraux directs bien portants. A l'âge de 8 ans, il a eu des écouelles, dont il porte encore les cicatrices au cou. Au mois de novembre dernier, une attaque de rhumatisme ayant duré trois semaines.

Cet homme, qui travaillait dans une raffinerie, était soumis à un travail excessif; il portait une courroie en bandoulière passant par l'épaule gauche et l'épine iliaque antéro-supérieure droite et se chargeait de pains de sucre. La pression de la courroie avait déterminé le 27 mai, alors qu'il était en parfaite santé, aux points de contact une excoriation de la peau. Le 28, il est mal à son aise et le 29, le malaise s'est accentué et en même temps une couronne de pustules.

s'est montrée autour du traumatisme de l'épaule. Le 30, la généralisation des pustules s'est faite dans les membres inférieurs, la poitrine et le dos; en même temps douleurs aux poignets et aux deux genoux, surtout le genou droit. Il entre à l'hôpital le 4 juin 1890, salle Jenner, n° 45. On constate alors que les poignets sont douloureux, ainsi que les genoux, dont le droit est le siège d'une hydarthrose. L'éruption est généralisée et forme un fer à cheval autour des rotules. Les pustules, un peu moins grandes qu'une pièce de 50 centim., ressemblent à une éruption variolique arrivée à la période de suppuration, sauf l'ombilication; elles sont entourées d'une auréole rouge; çà et là on observe quelques papules; douleurs dans les épaules. Souffle présystolique à la pointe du cœur; le poumon gauche est moins sonore que le droit. Temp. du soir, 38°8.

5 juin. L'urine contient quelques traces d'albumine; la rate est normale. Traitement: cordial, rhum avec 3 gr. d'extrait de q.q. acide salicylique 1 gr.; régime lacté. Temp. matin, 38°4; soir, 39°8.

6 juin. Le malade n'a pas été à la selle depuis son entrée; lavement purgatif et même traitement.

7. L'hydarthrose du genou a presque disparu. A la partie moyenne et postérieure du poumon gauche, la respiration est soufflante et il y a du retentissement vocal avec râles disséminés dans la poitrine. L'éruption persiste encore. Temp. matin, 38°; soir, 38°6.

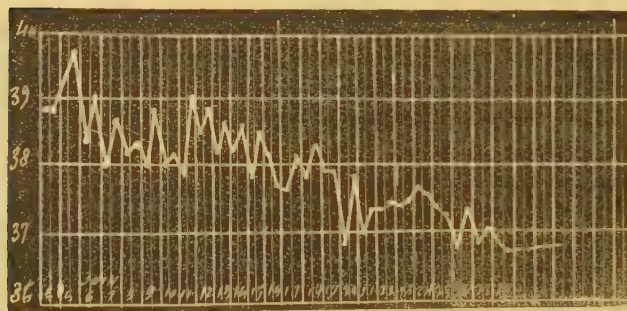
7 juin. Temp. matin 38°, soir 38°8. Le malade a saigné du nez; il y a encore un peu de liquide dans le genou droit.

10. La couronne de pustules, qui couvrait le genou, a presque disparu; le genou gauche contient du liquide et le cou-de-pied droit est le siège d'un gonflement. Les autres pustules sont en voie de dessiccation. Rate grosse surtout transversalement.

12. A la face dorsale de la main gauche, on constate un gonflement douloureux et de la rougeur; les pustules sont sèches; respiration rude dans la fosse sus-épineuse droite; acide salicylique, 4 gr. 30. Même traitement.

13 juin. Retentissement vocal dans la fosse sus-épineuse droite; la main gauche est moins douloureuse, mais il ressent des douleurs dans le bras droit. Temp. matin, 38°2; soir, 38°7.

14. Tout a disparu à la main gauche.
16. Les mouvements de rotation de la tête sont douloureux; le liquide a disparu dans les deux genoux, mais il souffre encore dans le bras droit.
17. Douleurs dans les articulations du membre supérieur droit et dans l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche. Temp. matin, 37°5; soir, 38°1. Acide salicylique, 4 gr.
19. Le poignet gauche est seul douloureux.
24. Il ressent encore quelques douleurs dans le coude gauche et l'articulation du médus droit. Temp. matin, 37°7; soir, 37°5.
25. Apparition d'un petit abcès à droite de l'ombilic; il a été ouvert et pansé. Temp. matin, 37°3; soir, 37°2.
28. Le petit abcès est complètement fermé; le malade est guéri.
- Examen bactériologique* fait par M. Menetrier. Le petit abcès a fourni des cultures de staphylococcus aureus. Les pustules ont fourni des cultures des staphylococcus aureus et albus mélangés.



CONCLUSIONS

1° Il existe une forme atténuée d'infection purulente caractérisée par la production de pustules sur l'enveloppe cutanée.

2° Ces pustules, tantôt restent localisées à la peau, tantôt s'accompagnent de foyers purulents dans les différents viscères.

3° Malgré ces accidents viscéraux, la guérison survient dans la plupart des cas.

4° Le traitement est prophylactique dans les cas où il y a un traumatisme ; la maladie déclarée, il doit avoir pour base les antiseptiques et les toniques.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,

JACCOUD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- COLLES. — Fatal consequences resulting from slight wounds received in dissection in Dublin hospital reports and communications in medicine and surgery, 3^e volume, année 1822, 11^e partie, p. 203.
- GRAVES. — Clinique médicale, traduite par M. le professeur Jacquod, tome II, p. .
- TILLBURY FOX. — Traité des maladies de la peau, article Impetigo.
- HEBRA. — Traité des maladies de la peau, article Pustules.
- KAPOSÍ. — Traité des maladies de la peau, article Pustules.
- DUBREUILH. — De l'Impetigo contagieux et de l'eczéma infectieux. Annales de Dermatologie et de syphiliographie, 1890, 11 vol.
- BEACH. — Epidémie of impetigo contagiosa, Méd. Record N. F., 1883, p. 63.
- CROOKER. — On the contagium of impetigo contagiosa, Lancet, London, 1881, p. 321.
- TILLBURY FOX. — On Impetigo contagiosa in porrigo. Britisch. Méd., London, 1869, et Contagiosa Impetigo, Lancet, London, 1867, p. 155.
- KOHN. — Über Impetigo contagiosa. Vienn. Méd. Presse, 1871, p. 583.
- SEWKOWITSCH. — Einbeitrag zur frage der existenz der impetigo contagiosa. Jhr. für Kinderheilkunde. Leipsig, 1877, p. 303-312.
- UNNA. — Über de Impetigo contagiosa nebst bemerkungen über pustulose und hulloose affections 1880, Vierteljahrsschrift für Dermatologie, 13-26.
- Ein fall von Nephritis bei Impetigo contagiosa, par Muller. K. *Jarbericht*, 1890, p. 65.
- BOCKARDT. — Monatschrift für practische Dermalologie, 1887, vol VI, p. 456.

